

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

2014 - 2017

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Táňa Vaňousová**

**Poruchy v chování u problematických mladistvých**

**uživatelů drog**

Praha 2017

Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Jan Toman

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**COMBINED BACHELOR STUDIES**

2014 - 2017

**BACHELOR THESIS**

**Táňa Vaňousová**

**Personality Disorders and Problematic Youth Drug Users**

Prague 2017

Bachelor Thesis Supervisor: PaedDr. Jan Toman

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a uvádím v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 8. 3. 2017

.....

Táňa Vaňousová

## **Poděkování**

Děkuji PaedDr. Janu Tomanovi za odborné vedení práce, věcné připomínky a dobré rady při konzultacích a vypracování bakalářské práce.

Děkuji rovněž Mgr. Lubomíru Valentovi za dílčí konzultace k metodologické, obsahové a formální stránce textu.

## **Anotace**

Tato bakalářská práce se zaměřuje na souvislosti problematického užívání drog u dětí a mladistvých a poruch chování. Za pomoci teoretických poznatků speciální pedagogiky, etologie, psychopatologie a adiktologie zkoumá hlavní poruchy v chování u dětí a mladistvých při užívání návykových látek. Předmětem zkoumání je také vliv různých faktorů, např. osobnostních dispozic, výchovy, rodinného a sociálního prostředí, na vznik a rozvoj závislosti a souvisejících vývojových disharmonií. Práce se zabývá rovněž terapeutickými a pedagogickými postupy a sociální prací aplikovanou v odborné péči o mladistvé uživatele drog. Součástí práce je realizace kvalitativního výzkumného záměru v Dětském a dorostovém detoxikačním centru v Praze.

## **Klíčová slova**

Adiktologie, děti, detoxikace, drogy, etopedie, mladiství, návykové látky, poruchy chování, poruchy osobnosti, problematické užívání drog, psychopatologie, speciální pedagogika, terapie, závislost.

## **Annotation**

This bachelor thesis inquires into connections between drug abuse by children and adolescents and behavioral disorders. Using the body of theoretical knowledge provided by disciplines such as special pedagogy, etology, psychopathology, and addictology, the thesis examines main behavioral disorders found with drug abusing children and adolescents. The thesis also focuses on the role of factors such as personality dispositions, education, family and social relations in the formation and development of drug habits and related developmental disharmonies. In this regard, the thesis further explores the therapeutic and pedagogic methods, procedures and social work techniques applied in the provision of care for youth drug users. Integrated into the thesis is a qualitative research design realised in the Children and Youth Detoxification Centre in Prague.

## **Key words**

Addiction, addictology, adolescents, behavioral disorders, children, controlled substances, detoxification, drug abuse, drugs, etology, personality disorders, psychopathology, special pedagogy, therapy.

## Obsah

<b>Úvod: předmět a cíle práce .....</b>	<b>8</b>
<b>1. Teoretická část.....</b>	<b>12</b>
1.1 Výkladový rámec a základní pojmy .....	12
1.2 Etopedie a problematické užívání drog u dětí a mladistvých.....	21
<b>2. Aplikovaná část .....</b>	<b>27</b>
2.1 Výzkumný záměr a metody .....	27
2.2 Sběr dat: průběh a výsledky .....	30
2.3 Interpretace výsledků výzkumu.....	46
<b>Závěr: naplnění cílů práce a otevřené otázky .....</b>	<b>48</b>
<b>Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>49</b>
<b>Seznam tabulek.....</b>	<b>51</b>
<b>Seznam příloh .....</b>	<b>52</b>

## Úvod: předmět a cíle práce

*„To byly teda mé pocity a myšlenky v té době, únoru, březnu 1977, když jsem byla dobře sjetá. Fyzicky jsem na tom sice nebyla právě nejlíp, ale nepřípadala jsem si ještě tak úplně vyřízená. Dokázala jsem ještě sama sobě něco namluvit. Dokonale jsem se vžila do své herácký role. Připadala jsem si děsně cool. Ničeho jsem se nebála.*

*Dokud jsem nebrala háčko, měla jsem ze všeho strach. Z otce, z přítele mé matky, taky z té pitomý školy a z učitelů, z domovníků, z dopravních policistů, kontrolorů v podzemce. Teď jsem si připadala nedotknutelná.“<sup>1</sup>*

Takto popisuje Christiane F., celým jménem Christiane Vera Felscherinow, v románu *My děti ze stanice ZOO* období, kdy mezi svým čtrnáctým a patnáctým rokem propadla těžké závislosti na heroinu. Děj knihy končí v době, kdy se mladá hrdinka po různých fázích osobnostního a fyzického zhroucení, propadu na společenské dno a několika marných pokusech o léčbu konečně zbavuje akutní závislosti na tvrdých drogách a stává se součástí alternativní komunity bývalých narkomanů, kteří jsou rozhodnutí začít nové životy mimo městské prostředí a v harmonii s přírodou. Již doslov k citovanému románu však zmiňuje Christianin následný návrat k heroinu a z dostupných zdrojů je zřejmé, že drogová závislost se do jejího života periodicky vrací dodnes. V rozhovoru, který poskytla v roce 2013 britskému magazínu VICE, jednapadesátiletá Christiane Felscherinow odpovídá na otázku, proč se nikdy nedokázala zcela vzdát drog: *„Nikdy jsem se jich doopravdy vzdát nechtěla. Nic jiného jsem nepoznala. Rozhodla jsem se žít jinak než ostatní. Žádnou záminku k tomu, abych přestala, nehledám.“<sup>2</sup>*

Příběh Christiane F. je obecně známý a slouží jako populární a často užívaná ilustrace vzniku, rozvoje a důsledků užívání drog u mladého člověka. I proto je zvolen jako úvod k této bakalářské práci, jejímž tématem je problematiku užívání drog u dětí a mladistvých a související poruchy v chování z pohledu speciálně pedagogické teorie a praxe. Významnějším důvodem, proč se v úvodu této absolventské práce odkazuje na beletristické dílo, je snaha o zdůraznění jedné ze základních otázek, kterými se bakalářská práce zabývá, totiž otázky po příčinách, důvodech, okolnostech a motivech, jež vedou ke vzniku drogové závislosti

---

<sup>1</sup> F., CHRISTIANE. *My děti ze stanice ZOO*. 9. vydání. Překlad: Zuzana Soukupová. Praha: Oldag, 2015, str. 187.

<sup>2</sup> DALY, M. „*I Will Die Soon – I Know That.*“ *Meeting the Real Christiane F.* [online]. [cit. 3. 1. 2017]. Překlad: autorka BP. Dostupné z: [https://www.vice.com/en\\_uk/article/christiane-felscherinow-interview](https://www.vice.com/en_uk/article/christiane-felscherinow-interview).



v dětském či mladistvém věku. Kniha *My děti ze stanice ZOO* neumožňuje jednoznačný soud o tom, proč se ze čtrnáctileté školačky stává narkomanka, jež zcela propadá injekční aplikaci nejtvrdější dostupné drogy – heroinu. Kniha místo toho nabízí celou škálu faktorů, jež v tomto procesu hrály roli a vzájemně se doplňovaly. Trpěla Christiane F. nějakou formou poruchy osobnosti, která by ji předurčila ke snazšímu podlehnutí drogám? Patrně ne. Avšak její osobnostní charakteristiky, povahové rysy, vnitřní tužby, duševní potřeby a disharmonie nemohly nesehrát svou úlohu v její cestě k narkomanii. Vyrůstala Christiane F. v rozvráceném, patologickém rodinném prostředí, zažívala vážná psychosociální traumata? Nezdá se. Avšak ani fakt, že vyrostla bez otce a v péči matky, již kvůli nutnosti zajistit provoz domácnosti nezbývalo mnoho času na blízký kontakt s dcerami, nelze jistě vyloučit z faktorů, jež mohly mít na Christianin osud vliv. A konečně: je možné vinit také širší prostředí, v němž Christiane vyrůstala? Život na obrovském, anonymním západoberlínském sídlišti, nudící se mládež toužící po zážitcích a vystoupení ze skličující fádnosti svého okolí, absence možností zdravého trávení volného času a naopak snadná dostupnost příležitostí k obstarání drog – mohla rozhodující úloha náležet těmto faktorům? Šlo o kombinaci všech tří uvedených vlivů? Nebo rozhodly ještě jiné okolnosti, které nejsou v příběhu na první pohled patrné a jejichž odhalení vyžaduje systematický odborný přístup, kombinující specializované metody psychologie, speciální pedagogiky, etopedie, adiktologie, příp. sociologie a dalších disciplín?

Tato bakalářská práce zajisté nemá ambici poskytnout na uvedené otázky vyčerpávající odpovědi. Cílem práce je položit si některé z oněch otázek v kontextu odborných metod a postupů speciální pedagogiky a příbuzných disciplín, zasadit problematiku užívání drog mezi dětmi a mladistvými do příslušného teoretického rámce a následně prozkoumat některé její aspekty v praxi. Konkrétněji je záměrem této bakalářské práce charakterizovat hlavní poruchy v chování pozorované u dětí a mladistvých při problematickém užívání drog, posoudit vliv různých faktorů na vznik a rozvoj těchto poruch, jejich vztah k drogovému problému, vliv osobnostních dispozic, prostředí a výchovy. Dílčím cílem práce je rovněž popsat terapeutické, pedagogické a sociální postupy aplikované v odborné péči o mladistvé uživatele drog.

Bakalářská práce se proto dělí na teoretickou a aplikovanou část.

### **Teoretická část**

V tomto oddíle se přítomná práce zabývá vymezením *etopedie*, tj. subdisciplíny speciální pedagogiky, která se věnuje osobám s „rizikovým chováním, psychosociálně

*ohroženým, s poruchami chování.*<sup>3</sup> Zaměřuje se rovněž na koncept *poruch v chování*, jejich kategorizaci, základní přístupy k nim a relevanci tohoto pojmu pro téma práce. V druhé polovině teoretického oddílu je přikročeno k samotnému tématu problematického užívání drog u dětí a mladistvých a jeho zachycení ve speciálně pedagogické, etopedické, psychologické a adiktologické literatuře. Výsledkem zkoumání provedeného v teoretické části je jednak zasazení tématu do odpovídajícího odborného rámce a porozumění teoretickým základům, z nichž vycházejí opatření uplatňovaná v etopedické praxi, jednak koncepční příprava na stanovení vhodného výzkumného záměru pro zpracování druhé, aplikované části.

### **Aplikovaná část**

Tento oddíl je věnován aplikovanému kvalitativnímu výzkumu, který byl realizován v Dětském a dorostovém detoxikačním centru při Nemocnici milosrdných sester sv. Karla Boromejského.<sup>4</sup> Hlavní výzkumná otázka je formulována takto:

*Jaké poruchy chování jsou nejčastěji pozorovány u dětí a mladistvých v souvislosti s problematickým užíváním drog?*

Dílní výzkumné otázky jsou následující:

- *Jaký je vztah mezi problematickým užíváním drog u dětí a mladistvých a výskytem poruch chování?*
- *Jaké terapeutické metody a postupy jsou uplatňovány v detoxikačním centru?*

Pro zodpovězení výzkumných otázek jsou využity čtyři základní metody kvalitativního výzkumu:

- analýza dostupné dokumentace;
- zúčastněné pozorování;
- dotazník;
- polostrukturované rozhovory.

---

<sup>3</sup> VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky. Rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014, str. 259.

<sup>4</sup> Pro základní informace o tomto zařízení viz webová stránka <http://www.nmskb.cz/oddeleni/detox/>, [cit. 3. 1. 2017].

Výzkumný vzorek sestává z následujících kategorií respondentů:

- 2 ošetřující lékaři DDDC
- 2 psychologové/terapeuté působící v rámci DDDC
- 2 sociální pracovníci monitorující klienty DDDC po detoxikaci

V prvním oddílu praktické části této práce je upřesněn výzkumný záměr a použité metody. Je zde rovněž představena struktura použitého dotazníku a scénář polostrukturovaných rozhovorů s vybranými respondenty.

Druhý oddíl obsahuje zprávu o průběhu sběru kvalitativních dat pomocí výše uvedených metod a, zejména, výsledky tohoto sběru uvedené buď v narativní formě nebo pomocí grafické vizualizace.

Třetí oddíl aplikované části je věnován interpretaci získaných dat a informací a jejich uvedení do souvislostí s výzkumnými otázkami.

Závěr bakalářské práce hodnotí průběh výzkumu a zejména míru naplnění cílů práce, tj. uspokojivost zodpovězení výzkumných otázek. Zmiňuje také otázky, které zůstávají nezodpovězeny či otevřeny pro další zkoumání.

# 1. Teoretická část

## 1.1 Výkladový rámec a základní pojmy

Tato podkapitola definuje odborné disciplíny, jejich teoretické poznatky, výkladové rámce, postupy a pojmy, které se vztahují k předmětu práce. Prostřednictvím odborné literatury jsou zde definovány čtyři vybrané pojmy a jejich vzájemné souvislosti:

- etopedie;
- psychopatologie;
- poruchy osobnosti;
- poruchy chování.

### Etopedie

Polínek rozlišuje širší a užší chápání speciálněpedagogické disciplíny etopedie. „V širším kontextu chápeme etopedii jako disciplínu, která se zabývá nejen edukací, ale i diagnostikou, terapií, poradenstvím, sociální rehabilitací a resocializací osob (děti, mládež, dospělí) s poruchami chování, emocí, sociálních vztahů a hodnotových orientací. (...) V užším kontextu se zaměřujeme především na osoby s poruchami chování, a to jak v oblasti edukace, tak i v oblastech diagnostiky, terapie, poradenství, sociální rehabilitace a resocializace.“<sup>5</sup>

Podle Slomkova úvodu je etopedie „jednou ze součástí speciální pedagogiky (z řeckého *ethos* = mrav, *paideia* = výchova). Původně byla součástí psychopedie (v našem systému do roku 1969). Defektologický slovník charakterizuje etopedii jako vědní odvětví, zabývající se výchovou, vzděláváním a výzkumem sociálně narušené mládeže – obtížně vychovatelné (pojem „obtížná vychovatelnost“ je třeba chápat ve smyslu pedagogickém, nemá diagnostický charakter, jde o syndrom se širokou příčinnou základnou).“<sup>6</sup> Autor dodává, že etopedie „se nezabývá jen člověkem s poruchami chování, ale studuje etiologii vzniku mravních poruch a cesty vedoucí k možné nápravě.“<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> HUTYROVÁ, M., RŮŽIČKA, M. A J. SPĚVÁČEK *Úvod do speciální pedagogiky osob s psychosociálním ohrožením a narušením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, 2013. Cit in: POLÍNEK, M. D. *Etopedie. Speciální pedagogika osob s psychosociálním ohrožením a postižením*. In: VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky. Rámcové kompendium oboru*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014, s. 131. ISBN 978-80-262-0602-6.

<sup>6</sup> SLOMEK, Z. *Etopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, s. 5. ISBN 978-80-86723-84-6.

<sup>7</sup> Tamt., s. 6.

V souvislosti s historickým vývojem společností Slomek uvádí tři základní stupně v přístupu k jedincům s poruchami chování. Prvním, historicky nejstarším stupněm je represe, charakterizovaná vyloučením, ostrakizováním či přímo likvidací jedinců, kteří byli z hlediska chování považováni za defektní. Druhým stupněm je rehabilitace, která se objevuje s nástupem renesance v Evropě a je charakteristická snahou o (pře)výchovu narušených jedinců a je provázena vznikem specializovaných institucí, např. dobročinných spolků zřizovaných zejména církvemi. Třetím, moderním přístupem je prevence, pro kterou je typická snaha o předcházení vzniku a rozvoji poruch chování včasným zásahem, poradenstvím a další odbornou péčí.<sup>8</sup>

Slomek uvádí rovněž alternativní klasifikaci vývoje přístupů k péči o jedince s poruchami chování, založenou na konceptu výchovných systémů.<sup>9</sup> Rozlišují se tradiční systémy, rodinné systémy a systémy s vnitřní sociální strukturou.

Pro tradiční systémy je typický důraz na izolaci chovanců v ústavech, omezování jejich vzájemné komunikace a vazeb na vnější prostředí, prosazování léčby pomocí zapojení do pracovních úkolů a zaměření na jedincovu sebekázeň a schopnost nápravy prostřednictvím snahy o dosahování stanovených cílů.

Rodinné systémy pak kladou důraz na výchovné působení na chovance ústavů a jejich organizaci do hierarchických systémů připomínajících rodinné uspořádání, kde vychovatel působil v roli otce. Tyto systémy se zaměřovaly na postupnou výchovu jedinců s poruchami osobnosti, na které se často dohlíželo i po jejich odchodu z ústavu. V některých případech byly v takových systémech uplatňovány rovněž tělesné tresty, proti kterým však vystupoval jeden z nejznámějších představitelů tohoto směru, Giovanni Bosco (1815 – 1888), který „založil dům v Turíně, byl nekompromisním odpůrcem tělesných trestů (odmítal i veřejné pokárání chovance), jeho přístup měl nábožensky laděný základ, prosazoval osvětovou činnost ve výchovné i převýchovné práci (= zárodek prevence).“<sup>10</sup>

Systémy s vnitřní sociální strukturou chápeme jako jednotky, v nichž chovanci uplatňují určitou formu samosprávy. Tyto systémy kladly důraz na kolektivitu a měly často podobu

---

<sup>8</sup> Kategorizace převzata z SLOMEK, Z. *Etopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, s. 13. ISBN 978-80-86723-84-6.

<sup>9</sup> Srv. SLOMEK, Z. *Etopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, s. 14 an. ISBN 978-80-86723-84-6.

<sup>10</sup> Tamt., s. 15.

separovaných, do značné míry soběstačných kolonií. Přes optimistický záměr byly výsledky takových systémů sporné, např. s ohledem na fakt, že separace od vnějšího prostředí nezřídka vedla spíše k upevnění než k odstranění některých druhů nežádoucího chování.

Z uvedeného vyplývá, že předmětem zájmu etopedie je jedinec s poruchami chování, důvody vzniku těchto poruch, mechanismy jejich rozvoje a způsoby jejich odstranění či utlumení. Polínek shrnuje, že *„jedinečnost etopedické klientely je zejména v její rozmanitosti co se cílových skupin týče a také v jejích specifických charakteristikách (problém je spíše získaný, pro intervenci je důležitější motivace než charakter samotné poruchy a sociální stigmatizace). I proto je etopedie věda s velmi širokým záběrem co se týče forem práce, metod, interdisciplinárních vztahů.“*<sup>11</sup> Koncept poruch chování je vyjasněn níže, nejprve je však třeba přistoupit ke stručné definici psychopatologie jakožto druhé odborné disciplíny, která má k tématu této bakalářské práce mnoho co říci.

## **Psychopatologie**

Mlčák vymezuje psychopatologii jako *„samostatnou a základní teoretickou disciplínu, která se zabývá problematikou patických psychických jevů ve smyslu odchylek od psychické normality. Jejím cílem je vytvořit komplexní teorii abnormálního prožívání a chování člověka. Tento vědní obor studuje nejen abnormální psychické symptomy (příznaky) a syndromy (sdružené soubory příznaků), ale i psychické poruchy v jejich komplexnosti (...), které zkoumá v jejich reálných projevech.“*<sup>12</sup> Klíčový je v této definici Mlčákov důraz na převážně teoretický charakter psychopatologie. Již citovaný Slomek v této souvislosti shodně uvádí, že psychopatologie *„zkoumá příčiny duševních poruch a jejich symptomy. Pro etopedii má především diagnostický význam.“*<sup>13</sup>

Předmětem zájmu psychopatologie je tedy zkoumání lidských odchylek od normality. Takové vymezení naráží na problém, jak určit, co je „normální“, kdo o tom rozhoduje a jaké psychické, sociální, kulturní a jiné kontextuální faktory je nutné brát v potaz. Hlubší rozbor

---

<sup>11</sup> POLÍNEK, M. D. Etopedie. Speciální pedagogika osob s psychosociálním ohrožením a postižením. In: VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky. Rámcové kompendium oboru*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014, s. 149. ISBN 978-80-262-0602-6.

<sup>12</sup> MLČÁK, M. *Základy psychopatologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2003, s. 6. ISBN 80-7042-263-7.

<sup>13</sup> SLOMEK, Z. *Etopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, s. 6. ISBN 978-80-86723-84-6.

diskuzí nad aspekty, které ovlivňují chápání normality ve společnosti, přesahuje záměr této bakalářské práce, neboť do těchto diskuzí vstupují podněty z celé řady disciplín od biologických přes sociologické po filozofii či historii. Vhodné shrnutí lze nalézt u Vágnerové, která konstatuje, že odlišnost (či abnormalita) je pojem, pro jehož náležité rozpoznání a zkoumání je nutno uplatnit holistický přístup a vzít v úvahu alespoň tři základní soubory faktorů:

- individuální  
(*„O jakého jedince jde, jakou je osobností, jaké jsou jeho vlastnosti a kompetence. Lidé mohou reagovat ve stejných situacích odlišně, způsobem, který je pro ně typický. Jejich psychické i somatické vlastnosti předurčují, jak se budou chovat nejenom za běžných okolností, ale i v zátěžových situacích, jak se s nimi budou vyrovnávat.“*<sup>14</sup>)
- kontextuální  
(*„Situace, v níž se takto projevuje. Všechny podněty, které přijímáme, citově i rozumově hodnotíme a podle toho na ně reagujeme. Různé podněty vyvolávají rozmanité reakce a posilují tendenci k určitému chování. To závisí na jejich významu, jaký pro jedince mají, resp. jak je on sám chápe.“*<sup>15</sup>)
- externí  
(*„Charakter prostředí, v němž žije, popř. žil někdy v minulosti. Vývoj osobnosti každého jedince závisí na genetických předpokladech a na zkušenosti, kterou v průběhu svého života získal, tj. na učení.“*<sup>16</sup>)

S touto charakteristikou souzní rovněž názor Vašinův, podle něhož v psychopatologii stále do jisté míry „chybí syntetizující přístup a holistický přístup při zkoumání lidské psychiky. Holistický přístup znamená současně pojímat reálnou lidskou psychiku s její zakotveností v mozku (v jednotě mysli a těla) a v reálných podmínkách prostředí, které člověka obklopuje. A to vše i z různých úhlů pohledu, například z úhlu pohledu vývojového nebo z úhlu pohledu aktuální geneze (v síti vztahů) atd. Uvedený postup umožňuje lépe porozumět dynamičnosti a plastičnosti lidské psychiky při seberealizaci člověka v proměnlivém a složitém světě.“<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 19. ISBN 978-80-7367-414-4.

<sup>15</sup> Tam., s. 19-20.

<sup>16</sup> Tamt., s. 20.

<sup>17</sup> VAŠINA, L. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2008, s. 9. ISBN 978-80-87182-00-0.

Obě diskutované disciplíny, tedy etopedie a psychopatologie, pracují s pojmy poruchy osobnosti a poruchy chování, které jsou klíčové pro pojednání vlastního předmětu této práce.

## Poruchy osobnosti a poruchy chování

Nejprve je nutno vyjasnit, jak se k sobě vzájemně mají pojmy „porucha osobnosti“ a „porucha chování“. Odpověď nalzáme v citovaném díle Vágnerové, která vymezuje poruchu osobnosti jako „určitý, trvalý a těžko ovlivnitelný vzorec osobnostních rysů, které se odlišují od aktuální sociokulturní normy. Její součástí jsou nadměrně zvýrazněné některé vlastnosti osobnosti, odchylky v oblasti citového prožívání, uvažování i chování. Jejím důsledkem je narušení:

- osobní pohody, vztahu k sobě, hodnocení sebe samého i svého jednání;
- sociální adaptace, vztahu ke světu, především k jiným lidem a ke společnosti.“<sup>18</sup>

Z uvedené definice plyne, že pojem „porucha osobnosti“ je podle Vágnerové strukturně nadřazen pojmu „porucha chování“, jinak řečeno že poruchy chování je možno chápat jako dílčí projevy či funkce širšího fenoménu poruch osobnosti. Tento vztah je zřejmý rovněž z dalších pasáží citovaného textu, v nichž Vágnerová rozlišuje tři základní klinické projevy poruch osobnosti:

- odlišnost kognitivních funkcí  
(„(...)nejde o snížení inteligence, ale o určitý nestandardní či deformovaný způsob uvažování a hodnocení situace.“<sup>19</sup>)
- emoční prožívání  
(„Emotivita bývá odlišná svou kvalitou, intenzitou i menší přiměřeností vyvolávajícím podnětům. Pro lidi s poruchou osobnosti je typická nevyrovnanost emočního prožívání i nápadnosti vnějších emotivních projevů.“<sup>20</sup>)
- poruchy chování  
(„Chování lidí s poruchami osobnosti bývá generalizovaně maladaptivní, to znamená, že nerespektuje běžné sociální normy a z hlediska společnosti se jeví jako nápadné, rušivé, či

---

<sup>18</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 513. ISBN 978-80-7367-414-4.

<sup>19</sup> Tamt., s. 516.

<sup>20</sup> Tamt., s. 517.



*dokonce nepřijatelné. (...) Lidé trpící poruchou osobnosti mívají narušenou autoregulaci, mohou se u nich objevit potíže v sebevládní.“<sup>21)</sup>*

Mírně odlišný přístup ke vztahu těchto dvou pojmů nacházíme u Mlčáka, podle něhož je možné poruchy chování charakterizovat jako „*odchylky v oblasti socializace, při kterých dítě nebo dospívající člověk sice plně chápe význam sociálně stanovených norem, kterými se však není schopen řídit.*“<sup>22</sup> Autor dále uvádí, že „*pro poruchy chování je typické, že jsou spojeny s neschopností rozvíjet sociální vztahy, neboť jedinci mající tyto poruchy vykazují zvýšený egoismus, egocentrismus a nedostatek empatie. Porušení norem u nich nevyvolává pocity viny či úzkosti, typickou reakcí bývá naopak spíše agresivita.*“<sup>23</sup> Mlčákův pohled na vzájemný vztah poruch chování a poruch osobnosti je pak zřejmější, když autor konstatuje, že „*poruchy chování mohou dosahovat různého stupně závažnosti, mohou být přechodné, ale mohou se dále nepříznivě vyvíjet směrem k závažnějším poruchám osobnosti nebo k protispolečenskému až delikventnímu jednání.*“<sup>24</sup> Z této pasáže je možné usoudit, že jakkoliv autor pojímá poruchy chování jako jev, který ve svých mírnějších formách nemusí být nutně spojen s poruchou osobnosti, v závažnějších formách již Mlčák víceméně implicitně připouští, že poruchu osobnosti je třeba nahlížet jako širší fenomén, pod nějž lze poruchy chování systematicky vřadit. V tomto momentu lze konstatovat, že se autor v zásadě nerozchází s výše popsaným pohledem Vágnerové.

Literatura je poměrně konzistentní při výčtech základních typů poruch osobnosti. Vágnerová jich uvádí deset:<sup>25</sup>

- paranoidní porucha osobnosti
- schizoidní porucha osobnosti
- disociální porucha osobnosti
- emočně nestabilní porucha osobnosti
- histrionská porucha osobnosti
- anankastická porucha osobnosti
- pasivně-agresivní porucha osobnosti

---

<sup>21</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 518. ISBN 978-80-7367-414-4.

<sup>22</sup> MLČÁK, M. *Základy psychopatologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2003, s. 43. ISBN 80-7042-263-7.

<sup>23</sup> Tamt.

<sup>24</sup> Tamt.

<sup>25</sup> Srv. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 519 - 537. ISBN 978-80-7367-414-4.

- úzkostná porucha osobnosti
- závislá porucha osobnosti
- narcistická porucha osobnosti.

Mlčák<sup>26</sup> používá stejnou typologii, pouze neuvádí pasivně-agresivní poruchu. Vašina<sup>27</sup> pak ve svém výčtu uvádí dvanáct typů poruch osobnosti, přičemž většina odpovídá Vágnerové seznamu, pouze anankastická porucha je nazvána alternativním termínem obsedantně kompulzivní, a jsou připojeny tři další typy:

- schizotypní porucha osobnosti
- rapsodická porucha osobnosti.

Co se týká **poruch chování**, podle Polínka „jsou charakterizovány opakujícím se a trvalým (alespoň 6 měsíců) obrazem disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které porušuje sociální očekávání přiměřená věku.“<sup>28</sup> U téhož autora nacházíme základní klasifikaci nacházíme poruch chování tak, jak je rozlišuje MKN-10:

*„Pro klasifikaci poruch chování existuje několik hledisek. Medicínské hledisko (podle MKN-10) dělí poruchy následovně:*

- 1) *Specifické poruchy chování, které jsou v klasifikaci označovány jako hyperkinetické poruchy (F90) zahrnující především poruchu aktivity a pozornosti (F90.0) a hyperkinetickou poruchu chování (F90.1).*
- 2) *Nespecifické poruchy chování, v klasifikaci označované jako poruchy chování (F91) zahrnující poruchu chování ve vztahu k rodině (F91.0), nesocializovanou poruchu chování (F91.1), socializovanou poruchu chování (F91.2) a poruchu opozičního vzdoru (F91.3).“<sup>29</sup>*

Pro ilustrativní přehled projevů poruch chování lze odkázat na Mlčáka, který ve svém pojednání nejčastějších poruch chování uvádí následující volně typizované projevy:<sup>30</sup>

- dětský vzdor

---

<sup>26</sup> Srv. MLČÁK, M. *Základy psychopatologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2003, s. 48 - 50. ISBN 80-7042-263-7.

<sup>27</sup> Srv. VAŠINA, L. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2008, s. 89 - 103. ISBN 978-80-87182-00-0.

<sup>28</sup> POLÍNEK, M. D. *Etopedie. Speciální pedagogika osob s psychosociálním ohrožením a postižením*. In: VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky. Rámcové kompendium oboru*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014, s. 134. ISBN 978-80-262-0602-6.

<sup>29</sup> Tamt., s. 135.

<sup>30</sup> MLČÁK, M. *Základy psychopatologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2003, s. 44 - 46. ISBN 80-7042-263-7.

- negativismus
- lhaní
- útěky
- impulzivita
- krádeže
- agresivita
  - o fyzická agrese
  - o verbální agrese
  - o přímá, nepřímá a pasivní agrese
  - o otevřená a skrytá agrese
  - o autoagrese
  - o afektivní a instrumentální agrese
- frustrace
- šikanování
- narcistické projevy
- dobrodružné projevy
- delikventní jednání
  - o nezdrženlivost
  - o egocentrismus
  - o hostilita
  - o nerozvinutá morální regulace jednání.

Poněkud odlišné, avšak v zásadě kompatibilní členění poruch chování uvádí Slomek<sup>31</sup>, který je dělí podle stupně závažnosti, obsahu a forem na tři základní kategorie:

- chování disociální  
(*„nepřiměřené, nespolečenské, avšak zvládnutelné a zvládané vhodnými pedagogickými postupy“*<sup>32</sup>)
- chování asociální  
(*„je již patrný rozpor se zvyklostmi společenské morálky, většinou chybí sociální citění jedince, případně je na nízké úrovni“*<sup>33</sup>)
- chování antisociální

---

<sup>31</sup> Srv. SLOMEK, Z. *Etopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, s. 19 - 26. ISBN 978-80-86723-84-6.

<sup>32</sup> Tamt., s. 19.

<sup>33</sup> Tamt.

*(„má povahu protispolečenského jednání, které poškozuje jak jedince, tak i jeho okolí, společnost, ohrožuje majetek, hodnoty i život, včetně vlastního života problémového jedince“<sup>34</sup>).*

Při konkretizaci projevů těchto poruch popisuje Slomek šest kategorií<sup>35</sup>:

- dětské lži
- záškoláctví a případný odpor ke škole
- útěky a toulání
- krádeže
- drogová problematika
- agresivní projevy.

Následující podkapitola se přesouvá od obecného vymezení výkladových rámců a pojmů ke specifitějším pojednání etopedických a psychopatologických přístupů k problematickému užívání drog u dětí a mladistvých.

---

<sup>34</sup> SLOMEK, Z. *Etopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, s. 19. ISBN 978-80-86723-84-6

<sup>35</sup> Tamt., s. 21 – 25.

## 1.2 Etopedie a problematické užívání drog u dětí a mladistvých

Užíváním návykových látek a souvisejícím rozvojem závislostí se na obecné rovině zabývá adiktologie. Podle Kudrleho „*chceme-li najít hlubší kořeny vzniku závislosti, je třeba zabývat se podstatou životních dilemat. Tedy tím, že život žijeme ve světě vztahu protikladů – zrození a smrt, světlo a temnota, radost a žal, štěstí a utrpení, láska a nenávist apod. Vztah těchto dualit je antagonistický, vyvolává napětí, je zdrojem neklidu, tužeb a hledání, je zodpovědný za základní dynamiku vývoje vůbec.*

*V onom hledání obvykle nacházíme hlubší lidské motivace a potřeby:*

- *potřebu vyhnout se bolesti či nalézt zklidnění, ulevit si od bolesti fyzické i duševní na individuální či na kolektivní úrovni. Patří sem i bolest z prožívané nudy, z neuspokojení, bolest z pocitů odlišnosti od druhých, z nízkého sebehodnocení;*
- *potřebu cítit se energický, výkonný, kompetentní, bezproblémový, zbavit se vnitřních zábran, dosáhnout euforie a radosti;*
- *potřebu transcendence utrpení v zážitku splynutí a/nebo sebezpřekročení, jednoty se sebou samým a s druhými, jednoty s Bohem a podobně.“<sup>36</sup>*

Podle Kudrleho těmto třem základním lidským potřebám odpovídají tři známé kategorie drog, v daném pořadí to jsou opioidy, stimulancia a psychedelika.<sup>37</sup>

V případě užívání drog dětmi a mladistvými se k těmto základním lidským motivacím připojují ještě specifika mladého věku. Richterová Těmínová identifikuje tři obecné scénáře, v nichž dítě či mladistvý sahá po návykové látce:

- *„Užívá drogy v souvislosti s plněním svých vývojových úkolů (forma odporu, vyjádření nového názoru, 'lépe se mi navazují vztahy s opačným pohlavím', 'cítím se být dospělým', droga jako značka dospělosti).*
- *Užívání drog jako samoléčba, 'droga mi prostě pomáhá' - buď na prožité trauma, nebo na rozvíjející se duševní onemocnění.*

---

<sup>36</sup> KUDRLE, S. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In: KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 18. ISBN 978-80-247-1411-0.

<sup>37</sup> Srv. tamt.

- *Užívání trávy je společenským rituálem našeho společenství – díky tomu drogu užíváme, ale nezneužíváme, její užívání má jasná pravidla – místo, dobu, čas, četnost, osoby.*<sup>38</sup>

Broža uvádí, že „u dětí (jejich rodin) a dospívajících je prioritním a mnohdy nejobtížnějším úkolem vypátrat příčiny jejich situace a motivovat je k aktivnímu přístupu, který by umožnil změnu. Zároveň je třeba respektovat a umět zpracovávat odpor k těmto změnám a přirozené obrany všech zúčastněných. Spolupracovat s rodinným systémem je téměř nezbytné u dětí a většinou výhodné u dospívajících.“<sup>39</sup>

Podle Broži lze motivaci dětí a dospělých k užívání drog shrnout do následujících tezí:

- „adolescent opouští svou dětskou roli – rodiče, dosavadní pravidla;
- zároveň má však pocit, že je opouštěn;
- hledá nový smysl – symbiózu (často v návykových látkách);
- je frustrován z nezdařených pokusů;
- potřebuje ventilovat svou agresivitu.“<sup>40</sup>

Co se týká zvláštností užívání návykových látek u dětí a dospívajících, jejich popis nalézáme v Nešporově textu, jehož informační robustnost budiž ospravedlněním rozsáhlejší citace:

- „Nevyzrálость metabolických procesů a nízká tolerance zpomaluje eliminaci návykových látek, takže hrozí těžší tělesná poškození a nebezpečnější otravy.
- Závislost se v dětském a dorostovém věku rozvíjí rychleji a vzhledem k nedostatku zkušeností a sociálních dovedností jsou zde závažnější rizika.
- Během dospívání dochází nejen k tělesným a hormonálním změnám, ale také k vytváření nových neuronových sítí v mozku. (...)
- Při prevenci i léčbě je třeba ještě ve větší míře, nežli je tomu u dospělých, brát v úvahu rodinné interakce a, pokud je to možné, pracovat i s rodiči nebo jinými relevantními dospělými z okolí klienta.
- Pro dospívání je do značné míry typická tendence testovat hranice, přehánět, riskovat. To zvyšuje riziko úrazů a násilného chování pod vlivem alkoholu a jiných látek.

---

<sup>38</sup> RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, M. Mladiství – drogy a závislost. In: PRESLOVÁ, I., HANKOVÁ, O. a kol. *Mladiství & drogy. Sborník odborné konference*. 1. vyd. Praha: SANANIM, 2010, s. 11. ISBN 978-80-904536-0-9.

<sup>39</sup> BROŽA, J. Děti a mladiství. In: KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 262. ISBN 978-80-247-1411-0.

<sup>40</sup> Tamt., s. 260.

- *Dlouhodobá prognóza těchto problémů může být příznivější nežli krátkodobá. Přirozený proces zrání je často tichým spojencem terapeutických snah. V terapii jde často i o to, získat čas a překlenout rizikové období.*
- *Z uvedených důvodů je třeba děti a dospívající před (...) návykovými látkami energičtěji chránit, než jak je tomu dosud u nás.“<sup>41</sup>*

Ze stejného zdroje lze čerpat rovněž přehled systematické diagnostiky problémů způsobených návykovými látkami podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí:

#### F10-F19

Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

F10. – Poruchy vyvolané požíváním alkoholu

F11. – Poruchy vyvolané požíváním opioidů

F12. – Poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů

F13. – Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik

F14. – Poruchy vyvolané požíváním kokainu

F15. – Poruchy vyvolané požíváním jiných stimulancií (včetně kofeinu)

F16. – Poruchy vyvolané požíváním halucinogenů

F17. – Poruchy vyvolané užíváním tabáku

F18. – Poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel

F19. – Poruchy vyvolané požíváním několika látek a jiných psychoaktivních látek

Na desetinném místě se pak kóduje specifikace duševní poruchy

F1x.0 – Akutní intoxikace

F1x.1 – Škodlivé užívání

F1x.2 – Syndrom závislosti

F1x.3 – Odvykací stav

F1x.4 – Odvykací stav s deliriem

F1x.5 – Psychotická porucha

F1x.6 – Amnestický syndrom

F1x.7 – Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem

---

<sup>41</sup> NEŠPOR, K. Problémy způsobené alkoholem, návykovými látkami a hazardní hrou v dětství a dospívání. In: ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 261 - 262. ISBN 80-247-1049-8.

F1x.8 – Jiné duševní poruchy a poruchy chování

F1x.9 – Nespecifikovaná duševní porucha a porucha chování.<sup>42</sup>

Dalším důležitým pojmem, který je na tomto místě třeba definovat, je syndrom závislosti. Svoboda uvádí, že pro jeho platné diagnostikování by „*se měly po dobu alespoň jednoho měsíce nebo opakovaně v kratších obdobích v průběhu dvanácti měsíců vyskytovat společně tři nebo více z následujících projevů:*

- *silná touha nebo pocit nutkání získat látku;*
- *zhoršená schopnost sebeovládání ve vztahu k užívané látce týkající se začátku užívání, jeho trvání nebo velikosti dávek, neúspěšné pokusy regulovat užívání látky;*
- *patofyziologické projevy odvykacího stavu, jestliže je látka vysazena, prokázané jako odvykací syndrom;*
- *změněná tolerance k látce;*
- *zaujetí užíváním látky projevující se opuštěním nebo zredukováním jiných důležitých zálib, většina času je věnována činností nezbytným k obstarávání, užívání nebo zotavování z účinků látky;*
- *trvalé užívání látky navzdory jasnému důkazu škodlivosti následků.*<sup>43</sup>

Od obecnějších pohledů na užívání návykových látek u dětí a mladistvých je nyní vhodné se vrátit k přístupům, které k této problematice zaujímá psychopatologie a zejména speciální pedagogika prostřednictvím své subdisciplíny etopedie.

Takto Preslová identifikuje společné znaky mladistvých uživatelů návykových látek:

- *„nemotivovanost k léčbě;*
- *účelová motivace (kvůli rodičům);*
- *podceňování rizik konzumace alkoholu a THC;*
- *neochota k ústavní či rezidenční léčbě;*
- *absence ustálených osobních hodnot;*
- *neschopnost trávit aktivně a bezpečně volný čas;*

---

<sup>42</sup> Mezinárodní klasifikace nemocí citovaná podle NEŠPOR, K. Problémy způsobené alkoholem, návykovými látkami a hazardní hrou v dětství a dospívání. In: ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 263 – 264. ISBN 80-247-1049-8.

<sup>43</sup> SVOBODA, M. Diagnostika závislosti: nikotin, ethyl, drogy, gambling. In: SVOBODA, M. (ed.), KREJČÍŘOVÁ, D. a M. VÁGNEROVÁ *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, s. 616 - 617. ISBN 80-7178-545-8.



- závislost na rodině (finance, právní odpovědnost, bydlení);
- popírání psychických traumat a potíží;
- nezralost.<sup>44</sup>

Z etopedického pohledu je jedním z podstatných faktorů ovlivňujících úspěch práce s mladistvým uživatelem drog jeho rodinné prostředí, zázemí a vztahy. Podle Chytrého<sup>45</sup> má příchod drogového problému na rodinu několik zásadních účinků: narušuje dosud zaběhlé systémy, boří vybudované struktury důvěry, je spouštěčem konfliktů, vyvolává permanentní pocity nejistoty a strachu, vede ke spirále vzájemného obviňování a blokuje dobře míněné pokusy o komunikaci.

Pedagogické aspekty a sociální práce hrají v pomoci mladistvým uživatelům návykových látek rovněž jednu z centrálních rolí. Pětrošová a Putnová uvádějí tři (do jisté míry vzájemně protichůdné) tendence, které jsou opakovaně vysledovány u mladistvých uživatelů drog:

- „Cítí se dospělí a chtějí řešit své záležitosti po svém.
- Je pro ně pohodlnější a jednodušší nechat si vše zařídit od svého okolí (rodiny, sociálního pracovníka).
- Sociálním okolím nebývají považováni za kompetentní své záležitosti řešit, mají pochyby, zda to mohou zvládnout, a často si tyto dovednosti ověřují a osvojují teprve v léčbě.<sup>46</sup>

Autorky<sup>47</sup> rovněž shrnují typické vedlejší či návazné problémy, se kterými se mladí uživatelé drog potýkají před, během a po absolvování léčby. Jedná se například o absenci osobních dokladů, z níž plynou potíže při jednání s úřady, policií či lékaři. Dalším rozšířeným problémem je zadlužení, plynoucí např. z černé jízdy v MHD, a obecněji nízká finanční gramotnost a neschopnost racionálního hospodaření s penězi. Typická je rovněž trestní problematika a potřeba právní asistence. V neposlední řadě je rozšířeným problémem chybějící

---

<sup>44</sup> PRESLOVÁ, I. Nedospělý klient v ambulantní léčbě. In: PRESLOVÁ, I., HANKOVÁ, O. a kol. *Mladiství & drogy. Sborník odborné konference*. 1. vyd. Praha: SANANIM, 2010, s. 24. ISBN 978-80-904536-0-9.

<sup>45</sup> Srv. CHYTRÝ, M. Role, místo a úloha drogy v rodině. In: PRESLOVÁ, I., HANKOVÁ, O. a kol. *Mladiství & drogy. Sborník odborné konference*. 1. vyd. Praha: SANANIM, 2010, s. 35 – 38. ISBN 978-80-904536-0-9.

<sup>46</sup> PĚTROŠOVÁ, V. a J. PUTNOVÁ Specifika sociální práce s mladistvými. In: PRESLOVÁ, I., HANKOVÁ, O. a kol. *Mladiství & drogy. Sborník odborné konference*. 1. vyd. Praha: SANANIM, 2010, s. 71. ISBN 978-80-904536-0-9.

<sup>47</sup> Srv. tamt.

formální vzdělání, které uživatelé drog nedokončili nebo ani nezačali, což má za důsledek obtížné hledání pracovního uplatnění či možností dalšího vzdělávání.

## **Shrnutí**

Z uvedeného teoretického přehledu vyvozujeme dvě základní kategorie jevů (proměnných), kterými se zabývá následující, aplikovaná část této bakalářské práce:

- 1) problematické užívání návykových látek u dětí a mladistvých;
- 2) poruchy chování.

Koncept problematického užívání návykových látek je zde pracovně definován jako užívání některé z vymezeného seznamu návykových látek takovým způsobem, který jednak vykazuje znaky syndromu závislosti, jednak má prokazatelný negativní vliv na psychický stav, osobnostní vývoj a sociální kontext jedince.

Pojmem poruchy chování rozumíme disociální, asociální a antisociální chování, které u jedince koinciduje s problematickým užíváním návykových látek. Pomocným pojmem je v tomto ohledu pojem poruchy osobnosti, který však nehraje ústřední úlohu, a to zejména proto, že u dětí a mladistvých do 18 let se poruchy osobnosti v klinické psychologii nediodagnostikují. Je však namístě diskutovat povahové rysy a chování, které mohou v rámci disharmonického vývoje osobnosti potenciálně odpovídat dílčím charakteristikám typizovaných poruch osobnosti u dospělých.

Pomocí níže definovaného výzkumného záměru a výzkumných otázek se následující, aplikovaná část této bakalářské práce pokouší nahlédnout vztah mezi uvedenými dvěma jevy, možnosti jejich vzájemné kauzality a způsoby, jakými se navzájem ovlivňují u dětí a mladistvých.

## 2. Aplikovaná část

### 2.1 Výzkumný záměr a metody

Předmětem výzkumu, uskutečněného v rámci této bakalářské práce, je problematické užívání návykových látek (drog)<sup>48</sup> u dětí a mladistvých a související poruchy chování.

Základní výzkumná otázka je formulována takto:

**Jaké poruchy chování jsou nejčastěji pozorovány u dětí a mladistvých v souvislosti s problematickým užíváním drog?**

Dílní výzkumné otázky jsou následující:

- **Jaký je vztah mezi problematickým užíváním drog u dětí a mladistvých a výskytem poruch chování?**
- **Jaké terapeutické metody a postupy jsou uplatňovány v detoxikačním centru pro děti a mladistvé?**

Proměnné, obsažené v těchto výzkumných otázkách, jsou pro účely přítomné práce definovány takto:

#### **Problematické užívání drog:**

Užívání některé z vymezeného seznamu návykových látek takovým způsobem, který jednak vykazuje znaky syndromu závislosti, jednak má prokazatelný negativní vliv na psychický stav, osobnostní vývoj a sociální kontext jedince.

#### **Poruchy chování:**

Všechny projevy disociálního, asociálního a antisociálního chování jedince, které jsou v rozporu s obecně přijímanými normami chování a mají negativní důsledky pro jedince samotného a/nebo jeho okolí.

#### **Děti a mladiství:**

Jedinci ve věku nižším než dovršených 18 let.

---

<sup>48</sup> Termíny „návykové látky“ a „drogy“ jsou zde užívány jako ekvivalentní. Autorka si je vědoma toho, že v obecném jazyce může mít termín „drogy“ užší význam, do kterého nemusí být nutně zahrnován např. alkohol či tabák. Pro účely této práce jsou oba termíny užívány v širokém a shodném významu, zahrnujícím jak nelegální, tak legální substance.

## **Terapeutické metody a postupy:**

Jakýkoliv druh intervence, opatření nebo souvisejících činností, které jsou aplikovány v detoxikačním centru a jejichž cílem je pomoci dětem a mladistvým uživatelům drog.

## **Detoxikační centrum**

Dětské a dorostové detoxikační centrum při Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze (dále také DDDC).

Pro sběr dat a informací ke zodpovězení výzkumných otázek jsou využity postupy kvalitativního výzkumu, zejména kombinace čtyř základních metod:

a) Analýza dostupné dokumentace

Kromě výše diskutované literatury jsou využity veřejně dostupné prameny DDDC, např. sborník z odborné konference či informace z tisku.

b) Zúčastněné pozorování

Autorka do omezené míry, dané pravidly detoxikačního centra a časovými možnostmi respondentů, pozorovala některé aspekty provozu tohoto zařízení.

c) Dotazník

Byl zpracován dotazník pro zjištění základních systematických dat o respondentech a o DDDC. Struktura dotazníku je představena níže a jeho vzor je součástí Přílohy I.

d) Polostrukturované rozhovory

Tento nástroj má v daném výzkumném záměru klíčovou úlohu. Rozhovory byly realizovány se šesti respondenty, každý v trvání 40 až 60 minut.

Výzkumný vzorek byl určen metodou teoretického výběru, který je typický pro kvalitativní výzkum a mezi jehož charakteristiky náleží např. nepřítomnost principu základního souboru a metoda „sněhové koule“, kdy podle Hendla „výzkumník zvolí jednoho nebo několik málo jedinců k interview. Tyto osoby slouží pak jako informátoři pro doporučení dalších zajímavých členů populace.“<sup>49</sup> Výzkumný vzorek sestává z následujících typů respondentů:

- 2 ošetřující lékaři DDDC
- 2 psychologové/terapeuté působících v rámci DDDC
- 2 sociální pracovníci monitorující klienty DDDC po detoxikaci.

---

<sup>49</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 4. přepr. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2016, s. 154. ISBN 978-80-262-0982-9.

Na přání respondentů autorka neuvádí jejich jména ani detaily pracovního zařazení v rámci DDDC. Respondenti jsou anonymizováni prostřednictvím následujícího kódování:<sup>50</sup>

- OL1: ošetřující lékař/ka 1
- OL2: ošetřující lékař/ka 2
- PT1: psycholog/žka, terapeut/ka 1
- PT2: psycholog/žka, terapeut/ka 2
- SP1: sociální pracovník/ce 1
- SP2: sociální pracovník/ce 2

Výzkumný záměr byl realizován v časovém rozmezí dvou měsíců – ledna a února 2017.

---

<sup>50</sup> Pro účely plynulosti textu a zároveň pro zajištění anonymizace respondentů je v dalším textu při identifikaci respondentů užíván pouze mužský gramatický rod (respondent, lékař, psycholog, terapeut, sociální pracovník), ačkoliv ve výzkumném vzorku jsou zastoupeni jak muži, tak ženy. Mužský gramatický rod je zde chápán neutrálně a referuje k oběma zastoupeným genderům.

## 2.2 Sběr dat: průběh a výsledky

Jak již uvedeno výše, vzorek respondentů pro sběr dat pomocí dotazníků a strukturovaných rozhovorů byl stanoven teoretickým výběrem a metodou „sněhové koule“, avšak při dodržení předpokladu, že v šestičlenném vzorku budou zastoupeni dva reprezentanti lékařských profesí, dva psychologové/terapeuti a dva sociální pracovníci, aby byla pokud možno pokryta co nejširší škála činností, které Dětské a dorostové detoxikační centrum zajišťuje.

Oslovení prvního respondenta proběhlo formou emailové žádosti o spolupráci na výzkumu s nástinem tématu a cílů bakalářské práce a příloženým dotazníkem a seznamem otázek (okruhů) pro strukturovaný rozhovor (viz Přílohu I.). Termín setkání byl posléze potvrzen telefonicky. V průběhu rozhovoru poskytl respondent kontakty na další osoby, které odpovídaly požadovaným profilům a z nichž byli posléze vybráni ostatní respondenti podle organizačních možností. Patrně v souvislosti s pracovním a časovým vytížením se bohužel nepodařilo získat k účasti na výzkumu zástupce vedení DDDC.

Výzkumné rozhovory trvaly od 40 do 60 minut a jejich náplní bylo zodpovězení dotazníku a polostrukturovaný rozhovor o navržených tematických okruzích. Realizována byla celkem 4 sezení, přičemž dvou z nich se účastnili dva respondenti současně. Se souhlasem respondentů byly pořizovány audiozáznamy rozhovorů.

### **Dotazník - desing**

Navržený dotazník sestává ze sedmi položek, jejichž účelem je získat systematizovatelné (v některých případech kvantifikovatelné) základní údaje o respondentovi, detoxikačním centru, typologii jeho činností a klientů. Dotazník kombinuje otevřené a uzavřené otázky, přičemž v případě otázek s výběrem předdefinovaných variant odpovědi je vzhledem k jejich charakteru připuštěna možnost výběru více odpovědí i doplnění odpovědi vlastní, nenachází-li se tato ve výběru. Otevřené otázky jsou zodpověditelné stručnou číselnou či slovní informací.

Obsah dotazníku:

## **Oddíl A1.0: Respondent**

A1.1 Jméno a příjmení (popř. titul)

A1.2 Označení pracovní pozice, kterou zastáváte

A1.3 Které z okruhů činností Dětského a dorostového detoxikačního centra se převážně věnujete? (Zvolte nejvýše 3 možnosti.)

- a) akutní léčba intoxikace drogou
- b) psychoterapie ambulantní nebo na lůžku
- c) diagnostická vyšetření
- d) toxikologická vyšetření
- e) poradenství v rodinné, sociální či vzdělávací problematice
- f) jiná činnost - popište

A1.4 Jak dlouho se profesně zabýváte drogovou problematikou u dětí a mládeže v jakémkoliv institucionálním kontextu? (Zaokrouhlete na roky.)

A1.5 Jak dlouho působíte v Dětském a dorostovém detoxikačním centru? (Zaokrouhlete na roky.)

## **Oddíl A2.0: Dětské a dorostové detoxikační centrum (DDDC)**

A2.1 Se kterou věkovou kategorií pacientů/klientů v DDDC nejčastěji pracujete?

- a) do 9 let
- b) 10 – 12 let
- c) 13 – 15 let
- d) 16 – 18 let

A2.2 Které kategorie návykových látek jsou Vašimi pacienty/klienty nejčastěji užívány? (Zvolte nejvýše 3 možnosti.)

- a) alkohol
- b) kanabinoidy (marihuana, hašiš)
- c) halucinogeny (LSD, lysohlávky)
- d) stimulancia (pervitin, kokain)
- e) opioidy (heroin)

- f) taneční drogy (MDMA)
- g) regulované léky (barbituráty, benzodiazepiny)
- h) těkavé látky (rozpouštědla, ředidla)
- i) jiné - uveďte

### **Scénář polostrukturovaného rozhovoru - design**

Scénář polostrukturovaného rozhovoru je členěn do čtyř částí, které pokrývají hlavní a vedlejší výzkumné otázky. Obsahuje celkem 14 otázek, které je třeba chápat spíše jako tematické okruhy. Každému respondentovi byla položena kompletní sada dotazů, z logiky věci se však někteří respondenti necítili kompetentní hovořit o těch tematických okruzích, které nejsou zaměřeny na jejich okruhy činností. Takto například sociální pracovník neuvádí odpovědi k otázkám týkajícím se specifík psychologické diagnostiky, a naopak ambulantní psycholog se nevyjadřuje k otázkám, které se týkají detailů sociální práce. Celkově však byly všechny okruhy pokryty dostatečně.

Obsah scénáře polostrukturovaného rozhovoru:

Oddíl B1.0: Fungování Dětského a dorostového detoxikačního centra

B1.1 Popište prosím hlavní úkoly a cíle DDDC

B1.2 Popište prosím druhy činností, kterými DDDC své poslání naplňuje (ambulantní léčba, lůžková léčba, psychoterapie, poradenství, další činnosti). Jsou tyto činnosti spíše oddělené nebo propojené? Která z nich převažuje a proč?

B1.3 Jaká jsou kritéria pro přijetí pacienta do DDDC? Jaký je poměr mezi dobrovolně a nedobrovolně přichozími pacienty?

Oddíl B2.0: Drogy u dětí a mladistvých

B2.1 Jaké je rozložení pacientů podle věku?

B2.2 Jaké je rozložení pacientů podle druhu drogového problému?

B2.3 jaké je rozložení pacientů podle rodinné a sociální situace?



B2.4 Co jsou podle vašeho názoru hlavní příčiny vzniku drogových problémů u dětí a mladistvých? Osobnostní charakteristiky jedince? Rodinné faktory? Společenské a ekonomické vlivy? Kombinace uvedených faktorů? Jiné?

#### Oddíl B3.0: Téma poruch chování

B3.1 Jsou poruchy chování obecně tématem při práci s pacienty DDDC?

B3.2 Domníváte se, že se u Vašich pacientů vyskytují specifické poruchy chování? Případně poruchy osobnosti? Jsou některé pozorovány častěji?

B3.3 Máte za to, že jedinec s nějakou poruchou chování či osobnosti může být náchylnější k problematickému užívání drog?

B3.4 Způsobuje užívání drog rozvoj či prohloubení některých poruch chování nebo osobnosti?

B3.5 Jaké máte zkušenosti s následným vývojem dětí a mladistvých, kterým se podařilo překonat drogový problém? Jak se tento fakt projevuje v jejich dalším vývoji, zejména psychickém a sociálním?

#### Oddíl B4.0: Specifické postupy a intervence

B4.1 Popište prosím, jaké konkrétní metody psychoterapeutické léčby a dalších způsobů intervence aplikujete v DDDC?

B4.2 Rozved'te, jak pracujete s rodinami pacientů a jejich širším sociálním okolím (učiteli, výchovnými poradci, sociálními pracovníky atd.)

V následujících podkapitolách jsou prezentovány informace získané prostřednictvím dotazníku a polostrukturovaných rozhovorů. V případě dotazníku jde o grafickou vizualizaci odpovědí jednotlivých respondentů, v případě rozhovorů pak o narativní shrnutí jejich výpovědí.

## Dotazník - výsledky

Zadáno dotazníků: 6  
Vyplněno dotazníků: 6  
Návratnost: 100%

### A1.3 Které z okruhů činností Dětského a dorostového detoxikačního centra se převážně věnujete? (Zvolte nejvýše 3 možnosti.)

Tabulka 1: Odpovědi na otázku A1.3

	OL1	OL2	PT1	PT2	SP1	SP2
a) akutní léčba intoxikace drogou						
b) psychoterapie amlulantní nebo na lůžku						
c) diagnostická vyšetření						
d) toxikologická vyšetření						
e) poradenství v rodinné, sociální či vzdělávací problematice						
f) jiná činnost - popište						

Komentář: Respondenti, jejichž činnost spočívá v lékařské (psychiatrické) oblasti, se věnují zejména vstupní diagnostice a léčbě akutní intoxikace. Stanovují rovněž medikaci v průběhu dvanáctidenní hospitalizace a po ní. Respondenti, jejichž kvalifikací je psychologie, mají na starosti řízení terapie jednotlivých pacientů a skupin. Sociální pracovníci pak vykonávají aktivity zejména směrem k institucionálnímu a rodinnému okolí pacientů.

**A1.4 Jak dlouho se profesně zabýváte drogovou problematikou u dětí a mládeže v jakémkoliv institucionálním kontextu? (Zaokrouhlete na roky.)**

Tabulka 2: Odpovědi na otázku A1.4

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	>15 let
OL1																
OL2																
PT1																
PT2																
SP1																
SP2																

**A1.5 Jak dlouho působíte v Dětském a dorostovém detoxikačním centru? (Zaokrouhlete na roky.)**

Tabulka 3: Odpovědi na otázku A1.5

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	>15 let
OL1																
OL2																
PT1																
PT2																
SP1																
SP2																

## A2.1 Se kterou věkovou kategorií pacientů/klientů v DDDC nejčastěji pracujete?

Tabulka 4: Odpovědi na otázku A2.1

	OL1	OL2	PT1	PT2	SP1	SP2
a) do 9 let						
b) 10 – 12 let						
c) 13 – 15 let						
d) 16 – 18 let						

Komentář: Všichni respondenti se shodují, že věková skupina 16-18 let mezi pacienty jednoznačně převažuje. Mladší pacienti jsou hlavně třináctiletí a čtrnáctiletí, nižší věk je zcela výjimečný.

## A2.2 Které kategorie návykových látek jsou Vašimi pacienty/klienty nejčastěji užívány? (Zvolte nejvýše 3 možnosti.)

Tabulka 5: Odpovědi na otázku A2.2

	OL1	OL2	PT1	PT2	SP1	SP2
a) alkohol						
b) kanabinoidy (marihuana, hašiš)						
c) halucinogeny (LSD, lysohlávky)						
d) stimulantia (pervitin, kokain)						
e) opioidy (heroin)						
f) taneční drogy (MDMA)						
g) regulované léky (barbituráty, benzodiazepiny)						
h) těkavé látky (rozpouštědla, ředidla)						
i) jiné - uveďte	<i>tabák</i>	<i>tabák</i>		<i>tabák</i>		

## **Polostrukturované rozhovory – výstupy**

Následující strany shrnují informace poskytnuté respondenty v průběhu polostrukturovaných výzkumných rozhovorů. Takto získané informace byly analyzovány, očištěny, sloučeny a prezentovány formou syntetizovaných deskriptivních tvarů bez uvozovacích prvků, které obsahují pouze klíčové informační body zjištěné k jednotlivým tematickým okruhům.

Odkazy na specifický kód respondenta (OL1/2 – ošetřující lékař; PT1/2 – psycholog, terapeut; SP1/2 – sociální pracovník) jsou uváděny pouze tehdy, je-li pro informaci její původ u konkrétního respondenta podstatný.

## **Oddíl B1.0: Fungování Dětského a dorostového detoxikačního centra**

### **B1.1 Popište prosím hlavní úkoly a cíle DDDC**

Hlavním úkolem DDDC je poskytování komplexní péče o drogově závislé děti a mladistvé, ale také o problémové uživatele či experimentátory s návykovými látkami včetně alkoholu. Dílčím úkolem centra je motivovat klienty k léčbě a k reflexi nad vlastními životními volbami a postoji a jejich alternativami. Za hlavní cíl je proto považováno přispění k úspěšnému vyléčení dětských a adolescentních klientů a jejich návrat do běžného života.

### **B1.2 Popište prosím druhy činností, kterými DDDC své poslání naplňuje (ambulantní léčba, lůžková léčba, psychoterapie, poradenství, další činnosti). Jsou tyto činnosti spíše oddělené nebo propojené? Která z nich převažuje a proč?**

DDDC obecně upřednostňuje komplexní přístup k péči o klienta, který zahrnuje zdravotnickou péči (detoxifikace a léčba souvisejících nemocí), terapeutické postupy a metody a následnou sociální práci s klienty po propuštění z detoxikačního centra.

Dítě či mladistvý může být v DDDC hospitalizován maximálně po dobu 12 dnů, což souvisí zejména se systémem úhrady ze strany zdravotních pojišťoven. Je však možná opakovaná hospitalizace, která u řady klientů není výjimkou, ale spíše očekávaným pravidlem. V průběhu 12 denní hospitalizace může být klient umístěn na přidružené jednotce intenzivní péče v případě potřeby akutní detoxikace. Následná péče spočívá zejména

v psychoterapeutických aktivitách, které mají jak individuální, tak skupinovou podobu. (Více v Oddílu 4.0). Po propuštění z centra SP1 a SP2 spolupracují na dalším monitoringu klienta, pokud to podmínky umožňují, a to zejména formou komunikace s klienty, jejich rodinami, kurátory, vychovateli v diagnostických ústavech, učiteli či sociálním okruhem klienta.

V závažnějších případech se klient po absolvování hospitalizace (tj. detoxu a terapie) v DDDC přesouvá buď do psychiatrické léčebny (zejména u mladších klientů, pro které neexistují terapeutické komunity), nebo do terapeutických komunit. Následná ambulantní péče, zejména lékařská a psychoterapeutická, bývala dříve rovněž zajišťována v DDDC, v současnosti jsou však klienti posíláni do specializované adiktologické poradny mimo toto centrum.

### **B1.3 Jaká jsou kritéria pro přijetí pacienta do DDDC? Jaký je poměr mezi dobrovolně a nedobrovolně přichozími pacienty?**

Kritéria pro přijetí pacienta do DDDC nejsou určena restriktivně, nýbrž jsou otázkou shody na potřebě hospitalizace mezi zástupci DDDC a klientem, jeho diagnostickým ústavem či rodinou. Podle respondenta PT2 je každý klient v DDDC hospitalizován dobrovolně, neboť při přijetí podepisuje prohlášení v tomto smyslu. Informace je však problematizována tímž respondentem když uvádí, že klient má často na výběr pouze mezi detoxikačním centrem a diagnostickým ústavem, přičemž ve vlastním zájmu volí první možnost. Podle OL1 dokonce *de facto* nedobrovolné hospitalizace převládají, zejména s ohledem na skutečnost, že o nich často rozhodují kurátoři, vychovatelé či rodiny klientů.

Co se týká kvantitativního vyjádření rozsahu činnosti centra, DDDC ročně pracuje s přibližně tisícovkou pacientů, kteří podstoupí hospitalizaci, a asi polovičním počtem jejich zákonných zástupců.

## **Oddíl B2.0: Drogy u dětí a mladistvých**

### **B2.1 Jaké je rozložení pacientů podle věku?**

Z pohledu věkové struktury pacientů jednoznačně převládá skupina mezi 15 a 17 roky. Osoby starší 18 let nemají do tohoto druhu zařízení přístup, naopak děti mladší 15 let jsou mezi hospitalizovanými v menšině, nejde však o výjimky, nýbrž asi o 20% hospitalizovaných ve věku kolem 14 let. Respondenti OL1, OL2 a PT2 uvádějí zkušenost s jedenáctiletým pacientem coby nejmladším uživatelem stimulancií v živé paměti. (V DDDC koluje legenda o šestiletém pacientovi, který měl zemřít na důsledky aplikování opioidů, avšak podle PT2 jde patrně o interní mýtus.)

### **B2.2 Jaké je rozložení pacientů podle druhu drogového problému?**

V tomto ohledu je třeba rozlišovat mezi tzv. základní drogou, tedy tou, která je primární příčinou pacientovy hospitalizace, a přidruženým užíváním dalších, vedlejších drog.

Z pohledu základní drogy jednoznačně převládají stimulantia, konkrétněji amfetaminy – pervitin. Ten je problémem drtivé většiny pacientů DDDC, kteří jej užívají převážně šňupáním, avšak nitrožilní aplikace rovněž není mezi klienty raritní.

K užívání pervitinu se často připojuje užívání kanabinoidů (marihuany), které však není z pohledu pacienta považováno za problém. S intenzivnějším užíváním pervitinu je možno vysledovat pokles užívání marihuany, neboť veškerá jedincova činnost a zájem se soustředí na obstarávání a užívání základní drogy.

Respondenti potvrzují, že u valné většiny pacientů je historicky doložitelný vývoj od užívání kanabinoidů na začátku získávání zkušeností s drogou k přechodu na amfetaminy v následné fázi.

Velká většina pacientů excesivně užívá rovněž alkohol a prakticky všichni bez výjimky (podle PT1) užívají tabák.

Již přes dekádu je možno pozorovat trvale klesající výskyt užívání opioidů mezi dětmi a mládeží, což podle respondentů souvisí nejméně se třemi faktory. Za prvé, došlo k vývoji drogového prostředí a trhu, který se transformoval ve prospěch stimulancií na úkor opioidů, zejména kvůli větší lukrativitě a rovněž vyšší „trvanlivosti“ zákazníků užívajících stimulantia.

Opioidy jsou v současnosti určitými segmenty drogového polosvěta považovány za okrajovou, téměř překonanou látku. Druhým důvodem je větší dosah preventivních opatření a lepší obecné povědomí o devastačních účincích opioidů, které mají určitý odstrašující efekt. Za třetí, věková skupina pacientů mladších 18 let nepatří k nejčastějším uživatelům opioidů, ti se obvykle nacházejí v mírně pozdějším věku, kdy se k heroinu dostali po absolvování předchozí, často amfetaminové zkušenosti.

OL1 zmiňuje nepříliš častý, ale zaznamenávaný jev kombinace či střídání stimulancií a hypnotik.

### **B2.3 Jaké je rozložení pacientů podle rodinné a sociální situace?**

Všichni respondenti se shodují v jednoznačném odmítnutí přímé korelace sociální, zejména socio-ekonomické situace jedince a vzniku drogového problému. Naopak lze konstatovat, že problematické užívání drog se objevuje u zástupců všech kategorií socio-ekonomického spektra. Nelze tedy mít za to, že drogová problematika je častěji nacházena u sociálně či ekonomicky slabších vrstev.

Rodinnou situaci respondenti považují za závažnější faktor, který má na tuto problematiku vliv. Opět nelze jednoznačně identifikovat typy rodinných poměrů (např. rozvedené manželství rodičů), které by měly prokazatelný vliv na zvýšení rizika vzniku drogového problému. (Pouze PT1 uvádí, že velká většina jeho klientů jsou skutečně děti rozvedených rodičů, avšak z této koincidence ještě nelze jednoznačně usuzovat na korelaci.)

Velký význam je přikládán subtilnějším aspektům, zejména kvalitě vztahů a komunikace v rodině, způsobu nastavení hranic a schopnosti členů rodiny řešit konfliktní či jinak obtížné situace společně. Pokud je úroveň těchto aspektů v rodině nízká, je podle respondentů možno považovat takovou situaci za významný rizikový faktor.

### **B2.4 Co jsou podle vašeho názoru hlavní příčiny vzniku drogových problémů u dětí a mladistvých? Osobnostní charakteristiky jedince? Rodinné faktory? Společenské a ekonomické vlivy? Kombinace uvedených faktorů? Jiné?**

Na obecné rovině je jednoznačná shoda na tom, že se na vzniku drogových problémů podílí kombinace všech zmíněných faktorů.



Osobnostní charakteristiky a individuální rizikové faktory jsou velmi významné, zejména v této věkové kategorii uživatelů drog. Nelze však přímo určit takové osobnostní charakteristiky, které by riziko zvyšovaly více než jiné. To je ilustrováno na příkladu aktivní/pasivní povahy, kdy obě mohou z různých důvodů začít experimentovat s drogami. Aktivní proto, že se vyznačuje výraznou zvědavostí a přebytkem energie, který potřebuje nějak ventilovat. Pasivní povaha pak přistupuje k drogám buď kvůli snaze o zlepšení své sociální kompetence, nebo ve snaze o nalezení alternativního zdroje prožitků.

Často zmiňovaným aspektem je pocit ztráty bezpečí a pocit odcizení související s postupnou ztrátou blízkého kontaktu s rodiči, nastávajícími názorovými rozdíly a z toho plynoucími konflikty. S tímto prvkem souvisí obecné vzorce chování jako je vzdor, snaha o odlišení, nenaplněná potřeba uznání, vymanění se z cizí autority, tj. standardní příznaky adolescentní krize.

Společenské vlivy lze brát v úvahu jak na mikro-úrovni nejbližších vztahů s vrstevníky, tak na širší úrovni (ne)úspěšné socializace jedince. Vliv vrstevníků a „špatné party“ je opakovaně zmíněn jako jeden z klíčových aspektů při vzniku drogových problémů, což souvisí zejména z přirozenou potřebou většiny jedinců začlenit se do společnosti formou zvládnutí a replikace vzorců chování, které jsou v něm považovány za žádoucí. Na úrovni širší socializace je možno konstatovat, že riziko vzniku drogového problému může být vyšší u jedinců, kteří od dětství podstupují disharmonický vývoj osobnosti, interpersonálních a sociálních dovedností, což ale nelze redukovat pouze na vliv rodinného či ekonomického zázemí.

Podle PT2 nelze zcela opominout ani genetické vlivy a dědičné dispozice.

## **Oddíl B3.0: Téma poruch chování**

### **B3.1 Jsou poruchy chování obecně tématem při práci s pacienty DDDC?**

Poruchy chování jednoznačně patří mezi ústřední témata při práci s pacienty DDDC. OL1 potvrzuje, že některé z nejčastějších poruch chování jsou pozorovány u výrazné většiny pacientů, se kterými centrum pracuje. Poruchy chování jsou rovněž samostatným tématem vstupní diagnostiky. Podle OL2 je sice příčinou hospitalizace ve všech případech existence drogového problému či přímo závislosti, avšak samotný spouštěč či motiv toho, proč okolí jedince o jeho umístění v DDDC začne uvažovat, jsou právě konkrétní negativní projevy a chování, které jsou k drogovému problému přidruženy či jsou jeho symptomem.

### **B3.2 Domníváte se, že se u Vašich pacientů vyskytují specifické poruchy chování? Případně poruchy osobnosti? Jsou některé pozorovány častěji?**

U pacientů Dětského a dorostového detoxikačního centra lze identifikovat častější výskyt některých druhů disociálního, asociálního a v omezené míře také antisociálního chování. Jedná se zejména o chronické lhaní, egoismus, zaměření na okamžitý prospěch a uspokojení vlastních potřeb, nezdrženlivost, impulzivita, negativismus a emoční nezralost.

V případech závažnějších (asociálních) poruch se pak s problematickým užíváním drog často asociují krádeže a podvody (nejprve doma, poté v širší rodině a nakonec v cizích kontextech).

Z relativně závažných projevů se může vyskytovat agresivní chování, které však ve většině případů jedinec směřuje, ať už vědomě či podvědomě, zejména sám proti sobě. Verbální agrese je častá, téměř nikdy však proti pracovníkům DDDC. Stejně tak projevy fyzické agrese nejsou časté v průběhu hospitalizace v DDDC (pokud ano, pak výjimečně a obvykle proti majetku, nikoliv osobám), avšak jsou mnohem častější v jedincově životě mimo detoxikační centrum. Pro dívky je mezi závažnými negativními projevy typická prostituce za účelem získání drogy, ačkoliv má v tomto věku většinou pouze podobu poskytování sexu dealerovi či narkomanovi „příteli“ výměnou za drogu.

Otázka poruch osobnosti je složitější, neboť poruchy osobnosti se u pacientů mohou diagnostikovat až od 18 let věku. V úzkém slova smyslu tedy o tomto fenoménu u pacientů

DDDC nelze hovořit. Na druhou stranu, OL1 a PT1 potvrzují, že některé psychické rysy, disharmonie a projevy, které se u dospělých diagnostikují v souvislosti s poruchami osobnosti, lze opakovaně identifikovat i u pacientů DDDC. Jedná se zejména o projevy spojované s histrionskou poruchou osobnosti (např. trvalá nespokojenost, zesílené vnější projevy, lhavost), emočně nestabilní poruchou osobnosti (např. psychická nestabilita, impulzivita, pocity prázdnoty a nihilismus, uvažování ve vyhrocených dichotomiích) a závislou poruchou osobnosti (projevy chorobné a nekritické závislosti na nejbližším člověku, často rovněž narkomanovi, ovlivnitelnost, nízké sebehodnocení).

### **B3.3 Máte za to, že jedinec s nějakou poruchou chování či osobnosti může být náchylnější k problematickému užívání drog?**

### **B3.4 Způsobuje užívání drog rozvoj či prohloubení některých poruch chování nebo osobnosti?**

V této dvojici otázek většina respondentů jasně rozpoznává centrální otázku výzkumu, tj. otázku po povaze vzájemného vztahu užívání drog a výskytu poruch osobnosti. Několikrát se opakuje analogie „o slepici a vejci“.

Pro začátek je zcela vyloučena možnost, že by užívání drog vedlo k rozvoji širších poruch osobnosti, neboť tyto jsou výrazně geneticky určeny a jejich rozvoj téměř vždy začíná již v raném věku. Není však rozporováno, že užívání drog může akcentovat některé projevy těchto poruch.

To se týká i psychických problémů obecně. Opět však chybí jednoznačnost. Není neobvyklé, že je u pacienta přicházejícího do DDDC s drogovým problémem identifikována ještě primární diagnóza, např. deprese, schizofrenie či bipolární poruchy. V takových případech jde o klíčovou úlohu genetického základu, jehož dílčí projevy mohou být užíváním drog potencionovány.

Méně přehledná je situace u poruch chování. Např. nelze jednoznačně rozhodnout, zda se u konkrétního jedince určité asociální projevy (např. kradení) rozvinuly až coby důsledek drogového problému, nebo jestli naopak začal užívat drogy mimo jiné vinou svých disociálních tendencí. Podle většiny respondentů však v poruchách chování jistě nelze vidět jednoduchou příčinu vzniku či rozvoje drogového problému. Opačný směr uvažování, tedy rozvoj narušeného chování v reakci na drogový problém, je pro respondenty přijatelnější interpretace.

### **B3.5 Jaké máte zkušenosti s následným vývojem dětí a mladistvých, kterým se podařilo překonat drogový problém? Jak se tento fakt projevuje v jejich dalším vývoji, zejména psychickém a sociálním?**

Práce s klienty po propuštění z DDDC je z velká částí odpovědností respondentů SP1 a SP2, částečně se zapojují respondenti PT1 a PT2, avšak v omezené míře.

Lze konstatovat, že značná část klientů absolvuje více než jednu hospitalizaci v DDDC, tj. míra relapsu je poměrně vysoká. Jsou zaznamenány případy, kdy byli někteří klienti hospitalizováni i pětkrát, přičemž jak tito klienti, tak pracovníci centra v některých případech již implicitně počítají s návratem problémů.

Na druhou stranu pracovníci centra usilují o intenzivní spolupráci s institucionálním, rodinným a sociálním okolím klientů. Jde zejména o kontakt s rodinami, který spočívá hlavně v poradenství v oblasti úpravy vztahů, nového nastavení hranic a zavádění opatření kontroly, ale také zvyšování vzájemné důvěry a práci s komunikací. Někteří respondenti jsou rovněž v kontaktu s kurátory a vychovateli v případě, že klienti jsou po absolvování terapie umístěni v diagnostických ústavech. Spolupracuje se také s adiktologickými pracovišti. Spolupráce s pedagogy je omezená, a to jednak kvůli nemožnosti sdělovat informace o zdravotním stavu nezdravotnickým pracovníkům, jednak pro často absentující proces formálního vzdělávání vůbec.

Vliv (překonaného) drogového problému na dlouhodobý psychický a sociální vývoj klientů respondenti nemohou posoudit, neboť nemají s většinou klientů dostatečně trvalý kontakt. Jsou však známy jak příklady úspěšného znovuzapojení do společnosti (sňatek, rodina, zaměstnání), tak opačné příklady postupujícího rozpadu osobnosti a tragických důsledků drogového problému.

## **Oddíl B4.0: Specifické postupy a intervence**

### **B4.1 Popište prosím, jaké konkrétní metody psychoterapeutické léčby a dalších způsobů intervence aplikujete v DDDC?**

V DDDC jsou aplikovány tři základní metody psychoterapeutické péče: individuální rozhovory s klienty, skupinové terapie a volnočasové aktivity.

V případě individuálních rozhovorů spočívá těžiště terapie ve snaze zprostředkovat klientovi možnost sebereflexe, ale také nového pohledu na jeho současnou situaci a její aspekty. Cílem je motivovat klienta k úvahám nad odlišnými možnostmi řešení problémů a pochopení negativních vlivů některých jeho voleb, postojů, návyků a přístupů k realitě.

V rámci skupinových sezení je aplikována behaviorální terapie, která se zaměřuje zejména na zmírnění projevů nejčastějších poruch chování, emočních disharmonií a negativních vzorců jednání. Cílem terapií je obnovit u klientů schopnosti budování systému a struktury v jejich životech, schopnosti plánování a racionálního jednání. Klienti se učí řešit problémy pomocí rozvahy nad výhodami a nevýhodami nabízejících se alternativních možností. Důležitou součástí behaviorální terapie je také nácvik interpersonálních situací, spočívající v simulaci těchto situací a rozboru reakce a postupu klientů. Konkrétně jde například o nácvik schopnosti odmítat, říkat ne v různých kontextech.

Třetí formou terapie jsou volnočasové aktivity. V současné době se jedná například o vaření, ruční práce a nově také čtenářský kroužek, který založil respondent PT2. Podle respondentů je u klientů standardní vývoj od počáteční nechuti k účasti na těchto aktivitách, která se však postupně a téměř vždy mění v upřímné zaujetí a pobavení klientů.

### **B4.2 Rozved'te, jak pracujete s rodinami pacientů a jejich širším sociálním okolím (učiteli, výchovnými poradci, sociálními pracovníky atd.)**

V tomto bodě se projevila určitá redundance ve struktuře scénáře rozhovoru, neboť otázka B4.2 se do značné míry kryje s otázkou B3.5 a respondenti zde pouze zopakovali informace shrnuté v B3.5 výše.

## 2.3 Interpretace výsledků výzkumu

Na tomto místě je vhodné připomenout základní výzkumnou otázku a její dílčí podotázky:

- **Jaké poruchy chování jsou nejčastěji pozorovány u dětí a mladistvých v souvislosti s problematickým užíváním drog?**
- Jaký je vztah mezi problematickým užíváním drog u dětí a mladistvých a výskytem poruch chování?
- Jaké terapeutické metody a postupy jsou uplatňovány v detoxikačním centru pro děti a mladistvé?

Výsledky dosažené realizací výše popsaného výzkumného záměru a jejich relevance pro zodpovězení výzkumných otázek budiž formulována prostřednictvím sedmi výstupních tezí:

- 1) Poruchy chování jsou u dětských a mladistvých uživatelů drog pozorovány téměř vždy a představují jeden z objektivně nejmarkantnějších aspektů problematického užívání návykových látek.
- 2) Mezi nejčastější projevy poruch chování u dětských a mladistvých uživatelů drog patří disociální a asociální projevy, méně často pak projevy antisociální, ačkoliv i ty jsou přítomny.
- 3) Mezi nejčastěji pozorované poruchy chování patří na individuální psychologické rovině impulzivita, psychická nestabilita, nezralost, egocentrismus, nezdrženlivost, frustrace či absence sebevědomí. Na interpersonální rovině jde o neschopnost navazování a udržení zdravých mezilidských vztahů, tendence využívat ostatní pro uspokojení vlastních potřeb, závislost na psychicky dominantních jedincích, negativní očekávání a neschopnost konstruktivní komunikace. Na sociálně-praktické rovině se nejčastěji pozorované poruchy chování projevují lhaním, podvody, krádežemi, autoagresí, verbální a fyzickou agresí.
- 4) Motivy pro vznik a rozvoj problematického užívání drog u dětí a mladistvých je třeba hledat primárně ve dvou oblastech: individuálních osobnostních dispozicích a kvalitě

rodinných vztahů. Významný je rovněž vliv sociálního kontextu, zejména vrstevníků. Není prokázán vliv socio-ekonomické úrovně.

- 5) Mezi problematickým užíváním drog a projevy poruch chování nelze stanovit jednoznačný kauzální nebo temporální vztah. Jinak řečeno, výsledky výzkumu neumožňují dojít k závěru, že jedna z těchto proměnných je příčinou druhé, a nelze počítat ani s možností jasného stanovení časového primariátu jedné z nich. Mnohem spíše je třeba nahlížet jejich vztah jako dialektiku vzájemného prolínání, ovlivňování a umocňování.
- 6) Je však možno konstatovat, že z pohledu objektivní symptomatiky dochází při problematickém užívání drog k rozmnožení či zesílení negativních projevů chování, neboť drogová závislost staví jedince před volby a situace, ve kterých je patologické chování pragmatickým projevem, často jedinou reálnou možností, a přináší zdánlivý aktuální prospěch.
- 7) V péči o mladistvé problematické uživatele drog se uplatňuje individuální a skupinová terapie, která se zaměřuje zejména na přeformulování hodnot a postojů jedince, na zvýšení jeho schopnosti reflexe vnitřní i vnější reality, a na praktický nácvik interpersonálních a sociálních kompetencí. Přesto z výsledků výzkumu plyne, že měřeno mírou recidivy klientů není úspěšnost léčby vysoká.

## Závěr: naplnění cílů práce a otevřené otázky

Je-li cíl této bakalářské práce definován jako zmapování základních kontur zvoleného tématu z teoretického hlediska a prozkoumání některých jeho aspektů prostřednictvím praktického výzkumu, je možné konstatovat, že cíl byl na základní rovině naplněn.

Teoretická část práce přinesla přehled pojmů a přístupů zejména z oblasti etopédie a psychopatologie. V rámci tohoto zkoumání však vyšlo najevo, že zatímco pojem poruch osobnosti je v těchto disciplínách pojímán poměrně nerozporně a umožňuje v zásadě jednoznačnou diagnostiku, pojem poruch chování je o poznání méně ostře vymezen. Poruchy chování jsou pojímány vysoce kontextuálně a vždy ve vztahu k dalším proměnným a faktorům konkrétní psychosociální situace.

Z tohoto faktu vyplynuly určité obtíže při hledání jednoznačných odpovědí na výzkumné otázky, zejména otázku po určení vzájemného kauzálního vztahu problematického užívání drog a výskytu projevů poruch osobnosti. Je nutno na tomto místě konstatovat, že takový vztah jednoznačně určit nelze, na čemž se shodli také odborníci, kteří byly respondenty přítomného výzkumu. Vhodnější je proto považovat tento vztah za dialektický, tj. nahlížet ho tak, že obě proměnné sice koincidují, avšak jejich korelace nemá povahu prosté příčinnosti, nýbrž mnohem komplexnější vzájemné aktualizace a potenciace. Za smysluplnou oblast dalšího zkoumání je proto vhodné považovat nikoliv širokou a v zásadě nezodpověditelnou otázku, připomínající dilema slepice a vejce, nýbrž dílčí, konkrétní mechanismy a procedury, jimiž uživatelé drog zpřítomňují a posilují své poruchy chování a naopak, jak tyto poruchy udržují své nositele ve zlověstné spirále závislosti.



## Seznam použitých zdrojů

- BROŽA, J. Děti a mladiství. In: KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 253 - 264. ISBN 978-80-247-1411-0.
- CHYTRÝ, M. Role, místo a úloha drogy v rodině. In: PRESLOVÁ, I., HANKOVÁ, O. a kol. *Mladiství & drogy. Sborník odborné konference*. 1. vyd. Praha: SANANIM, 2010, s. 35 – 38. ISBN 978-80-904536-0-9.
- DALY, M. „*I Will Die Soon – I Know That. “ Meeting the Real Christiane F.* [online]. [cit. 3. 1. 2017]. Překlad: autorka BP. Dostupné z: [https://www.vice.com/en\\_uk/article/christiane-felscherinow-interview](https://www.vice.com/en_uk/article/christiane-felscherinow-interview).
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.
- EXNER, J. a R. SKŘIVAN Mladiství a drogy pohledem terénního sociálního pracovníka pro děti a mládež z pražských sídlišť. In: PRESLOVÁ, I., HANKOVÁ, O. a kol. *Mladiství & drogy. Sborník odborné konference*. 1. vyd. Praha: SANANIM, 2010, s. 75 – 80. ISBN 978-80-904536-0-9.
- F., Ch. *My děti ze stanice ZOO*. 9. vyd. Překlad: Zuzana Soukupová. Praha: Oldag, 2015. ISBN 978-80-7411-094-8.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 4. přepr. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- JEŘÁBEK, P. Psychopatologie závislosti. In: KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 53 – 74. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KORANDA, M. a M. MARUŠČÁK Dětské a dorostové detoxikační centrum. In: PRESLOVÁ, I., HANKOVÁ, O. a kol. *Mladiství & drogy. Sborník odborné konference*. 1. vyd. Praha: SANANIM, 2010, s. 15 - 20. ISBN 978-80-904536-0-9.
- KUDRLE, S. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In: KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 17 – 24. ISBN 978-80-247-1411-0.
- MLČÁK, M. *Základy psychopatologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2003. ISBN 80-7042-263-7.

- NEŠPOR, K. Problémy způsobené alkoholem, návykovými látkami a hazardní hrou v dětství a dospívání. In: ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 261 - 282. ISBN 80-247-1049-8.
- PAULOVČÁKOVÁ, L. a kol. *Jak vypracovat bakalářskou a diplomovou práci*. 6. akt. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2015. ISBN 978-80-7452-106-5.
- PĚTROŠOVÁ, V. a J. PUTNOVÁ Specifika sociální práce s mladistvými. In: PRESLOVÁ, I., HANKOVÁ, O. a kol. *Mladiství & drogy. Sborník odborné konference*. 1. vyd. Praha: SANANIM, 2010, s. 69 – 74. ISBN 978-80-904536-0-9.
- POLÍNEK, M. D. Etopedie. Speciální pedagogika osob s psychosociálním ohrožením a postižením. In: VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky. Rámcové kompendium oboru*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014, s. 131 - 149. ISBN 978-80-262-0602-6.
- PRESLOVÁ, I. Nedospělý klient v ambulantní léčbě. In: PRESLOVÁ, I., HANKOVÁ, O. a kol. *Mladiství & drogy. Sborník odborné konference*. 1. vyd. Praha: SANANIM, 2010, s. 21 – 26. ISBN 978-80-904536-0-9.
- PRESLOVÁ, I., HANKOVÁ, O. a kol. *Mladiství & drogy. Sborník odborné konference*. 1. vyd. Praha: SANANIM, 2010. ISBN 978-80-904536-0-9.
- RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, M. Mladiství – drogy a závislost. In: PRESLOVÁ, I., HANKOVÁ, O. a kol. *Mladiství & drogy. Sborník odborné konference*. 1. vyd. Praha: SANANIM, 2010, s. 9 – 14. ISBN 978-80-904536-0-9.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
- SLOMEK, Z. *Etopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-86723-84-6.
- SVOBODA, M. Diagnostika závislostí: nikotin, ethyl, drogy, gambling. In: SVOBODA, M. (ed.), KREJČÍŘOVÁ, D. a M. VÁGNEROVÁ *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, s. 616 - 624. ISBN 80-7178-545-8.
- SVOBODA, M. (ed.), KREJČÍŘOVÁ, D. a M. VÁGNEROVÁ *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky. Rámcové kompendium oboru*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.

- VAŠINA, L. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2008. ISBN 978-80-87182-00-0.

## Seznam tabulek

<b>Tabulka 1: Odpovědi na otázku A1.3 .....</b>	<b>34</b>
<b>Tabulka 2: Odpovědi na otázku A1.4 .....</b>	<b>35</b>
<b>Tabulka 3: Odpovědi na otázku A1.5 .....</b>	<b>35</b>
<b>Tabulka 4: Odpovědi na otázku A2.1 .....</b>	<b>36</b>
<b>Tabulka 5: Odpovědi na otázku A2.2 .....</b>	<b>36</b>

# Seznam příloh

<b>Příloha I. Dotazník a scénář výzkumného rozhovoru.....</b>	<b>I</b>
---	----------

## **Příloha I. Dotazník a scénář výzkumného rozhovoru**

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si Vás pozvat k účasti na výzkumu, který realizuji jako součást své bakalářské práce na téma „Poruchy v chování u problematických mladistvých uživatelů drog“ v rámci studia oboru Speciální pedagogika na Univerzitě Jana Amose Komenského v Praze pod vedením PaedDr. Jana Tomana.

Cílem mého výzkumu je získat data a informace pro aplikovanou část bakalářské práce, která je zaměřena na popsání nejčastějších poruch v chování pozorovaných u dětí a mladistvých při problematickém užívání drog, posouzení vlivu různých faktorů na vznik a rozvoj těchto poruch, jejich vztahu k drogovému problému, vlivu osobnostních dispozic, prostředí a výchovy. Dílčím cílem práce je rovněž popsat terapeutické, pedagogické a sociální postupy aplikované v odborné péči o mladistvé uživatele drog.

Obracím se na Vás jako na odborníci/odborníka, která(ý) působí v prostředí přímo souvisejícím s tématem mého výzkumu. Vyplněním přiloženého dotazníku a absolvováním polostrukturovaného výzkumného rozhovoru mi umožníte získat relevantní informace z praxe a obohatit absolventskou práci o aspekty založené na Vašem profesionálním vhledu do zkoumané problematiky. Budu Vám vděčná rovněž za kontakty na Vaše kolegyně či kolegy, kteří by byli ochotni se do výzkumu také zapojit.

Přijměte prosím mé ujištění, že se všemi informacemi, které mi poskytnete, budu nakládat podle zásad akademické etiky a s ohledem na ochranu soukromí a osobních údajů všech dotčených stran.

Velmi Vám děkuji za spolupráci a těším se na shledání při výzkumném rozhovoru.

Táňa Vaňousová

Univerzita Jana Amose Komenského v Praze

24. ledna 2017

# ČÁST A - DOTAZNÍK

## **Oddíl A1.0: Respondent**

### **A1.1 Jméno a příjmení (popř. titul):**

Click or tap here to enter text.

### **A1.2 Označení pracovní pozice, kterou zastáváte:**

Click or tap here to enter text.

### **A1.3 Které z okruhů činností Dětského a dorostového detoxikačního centra se převážně věnujete? (Zvolte nejvýše 3 možnosti.)**

- a) akutní léčba intoxikace drogou
- b) psychoterapie ambulantní nebo na lůžku
- c) diagnostická vyšetření
- d) toxikologická vyšetření
- e) poradenství v rodinné, sociální či vzdělávací problematice
- f) jiná činnost – popište:

Click or tap here to enter text.

### **A1.4 Jak dlouho se profesně zabýváte drogovou problematikou u dětí a mládeže v jakémkoliv institucionálním kontextu? (Zaokrouhlete na roky.)**

Click or tap here to enter text.

### **A1.5 Jak dlouho působíte v Dětském a dorostovém detoxikačním centru? (Zakorkouhlete na roky.)**

Click or tap here to enter text.

## **Oddíl A2.0: Dětské a dorostové detoxikační centrum (DDDC)**

**A2.1 Se kterou věkovou kategorií pacientů/klientů v DDDC nejčastěji pracujete?**

- a) do 9 let
- b) 10 – 12 let
- c) 13 – 15 let
- d) 16 – 18 let

**A2.2 Které kategorie návykových látek jsou Vašimi pacienty/klienty nejčastěji užívány?**  
(Zvolte nejvýše 3 možnosti.)

- a) alkohol
- b) kanabinoidy (marihuana, hašiš)
- c) halucinogeny (LSD, lysohlávky)
- d) stimulancia (pervitin, kokain)
- e) opioidy (heroin)
- f) taneční drogy (MDMA)
- g) regulované léky (barbituráty, benzodiazepiny)
- h) těkavé látky (rozpouštědla, ředidla)
- i) jiné – uveďte:

Click or tap here to enter text.



# ČÁST B – VÝZKUMNÝ ROZHOVOR

## **Oddíl B1.0: Fungování Dětského a dorostového detoxikačního centra**

B1.1 Popište prosím hlavní úkoly a cíle DDDC.

B1.2 Popište prosím druhy činností, kterými DDDC své poslání naplňuje (ambulantní léčba, lůžková léčba, psychoterapie, poradenství, dalšími činnostmi). Jsou tyto činnosti spíše oddělené nebo propojené? Která z nich převažuje a proč?

B1.3 Jaká jsou kritéria pro přijetí pacienta do DDDC? Jaký je poměr mezi dobrovolně a nedobrovolně přichozími pacienty?

## **Oddíl B2.0: Drogy u dětí a mladistvých**

B2.1 Jaké je rozložení pacientů podle věku?

B2.2 Jaké je rozložení pacientů podle druhu drogového problému?

B2.3 Jaké je rozložení pacientů podle rodinné a sociální situace?

B2.4 Co jsou podle vašeho názoru hlavní příčiny vzniku drogových problémů u dětí a mladistvých? Osobnostní charakteristiky jedince? Rodinné faktory? Společenské a ekonomické vlivy? Kombinace uvedených faktorů? Jiné?

## **Oddíl B3.0: Téma poruch chování**

B3.1 Jsou poruchy chování obecně tématem při práci s pacienty DDDC?

B3.2 Domníváte se, že se u Vašich pacientů vyskytují specifické poruchy chování? Případně poruchy osobnosti? Jsou některé pozorovány častěji?

B3.3 Máte za to, že jedinec s nějakou poruchou chování či osobnosti může být náchylnější k problematickému užívání drog?

B3.4 Způsobuje užívání drog rozvoj či prohloubení některých poruch chování nebo osobnosti?

B3.5 Jaké máte zkušenosti s následným vývojem dětí a mladistvých, kterým se podařilo překonat drogový problém? Jak se tento fakt projevuje v jejich dalším vývoji, zejména psychickém a sociálním?

## **Oddíl B4.0: Specifické postupy a intervence**

B4.1 Popište prosím, jaké konkrétní metody psychoterapeutické léčby a dalších způsobů intervence aplikujete v DDDC?

B4.2 Rozveďte, jak pracujete s rodinami pacientů a jejich širším sociálním okolím (učiteli, výchovnými poradci, sociálními pracovníky atd.)

## BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

**Jméno autora:** Táňa Vaňousová

**Obor:** Speciální pedagogika

**Forma studia:** kombinované studium

**Název práce:** Poruchy v chování u problematických mladistvých uživatelů drog

**Rok:** 2017

**Počet stran textu:** 41

**Celkový počet stran příloh:** 5

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 25

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 1

**Vedoucí práce:** PaedDr. Jan Toman